

ЕФЕКТИВНІСТЬ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ ТЯЖКОЇ ПЕРСИСТУВАЛЬНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ

М.Н.Гарас, Д.Д.Куліковський, О.Р.Гурай

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Метою дослідження було з використанням кластерного аналізу обґрунтувати варіанти базисної терапії тяжкої персистувальної бронхіальної астми (БА) у школярів з урахуванням клінічних і параклінічних показників.

В пульмонологічному відділенні ОДКЛ м. Чернівці з дотриманням принципів біоетики обстежено 57 дітей з попередньо верифікованою тяжкою персистувальною БА. Середній вік хворих сягав $12,6 \pm 0,43$ років, а тривалість захворювання - $8,0 \pm 0,48$ років. За статевим співвідношенням переважали хлопчики (59,6%).

Проведено кластерний аналіз результатів комплексного обстеження школярів, згідно якого виділено групи дітей із різним прогнозом щодо ефективності базисної терапії захворювання. Зокрема, I група характеризувалася задовільною контрольованістю перебігу під впливом базисного протизапального лікування та охоплювала дітей із «пізнім початком» захворювання ($5,2 \pm 0,5$ роки), швидким ацетиляторним фенотипом ($75,6 \pm 3,1\%$), виразною еозинофілією індукованого мокротиння ($8,8 \pm 2,2\%$), високим вмістом метаболітів монооксиду нітрогену в конденсаті видихуваного повітря ($48,8 \pm 4,1$ мкмоль/л), високим вмістом загального Ig E в сироватці крові та значною лабільністю бронхів (показник лабільності – $25,6 \pm 3,4\%$). Водночас, недостатня контрольованість перебігу патології на тлі базисної терапії очікувалася в дітей II групи із раннім початком захворювання ($4,2 \pm 0,7$ роки), повільним ацетиляторним фенотипом ($60,4 \pm 5,4\%$). Для даної когорти хворих характерним є значний нейтрофіліоз індукованого мокротиння ($60,2 \pm 4,9\%$), високий вміст інтерлейкінів 4 ($5,7 \pm 1,2$ пг/мл) та 5 ($5,7 \pm 0,4$ пг/мл) у сироватці крові. Припущення щодо нейтрофіліозу в індукованому мокротинні як чинника схильності до незадовільного контролю захворювання підтверджувалося вірогідним прямим міцним кореляційним зв'язком відносного вмісту нейтрофільних гранулоцитів із оцінкою контрольованості ($r=0,9$, $p<0,05$), що, ймовірно, реалізується внаслідок зростання індексу бронходилатації ($r=0,7$, $p<0,05$).

Таким чином, представникам I групи доцільно призначати регламентовану чинними вітчизняними стандартами та версіями GINA протизапальну терапію відповідно до контрольованості. У дітей II групи за наявності вказаних результатів комплексного обстеження з метою базисного лікування слід використовувати комплекс лікарських засобів, що відповідає ступеню 4 з наступною деескалацією терапії з урахуванням контролю БА.